

問 診 表

ふりがな		生年月日	年齢
氏 名		明・大・昭・平 年 月 日	歳
住 所	〒 - 電話番号 () -		

1. 本日はどんな事で来院されましたか？ ○印をつけて下さい。

生理不順 生理痛 下腹痛 おりもの 腰痛 不正出血
 外陰部の痒み 残尿感・排尿痛 子宮筋腫 卵巣腫瘍 外陰腫瘍
 子宮下垂感 子宮がん検診 性病 (STD) 検査
 更年期症状・更年期障害 ホルモン補充療法 (HRT) 希望
 不妊症検査および治療 (結婚____年目)
 妊娠検査 (妊娠判定薬にて陽性だった____月____日)
 ※分娩希望 中絶希望 考え中
 避妊相談 (リング希望 ピル希望 アフターピル希望)
 生理日の変更
 その他 ()

2. 月経：初経____歳
 周期：順調 ほぼ順調 不順
 量：多い 普通 少ない
 生理痛：有 無 時々有
 最終月経 (現在も含む)：____月____日～____月____日まで 日間
 閉経：____歳

3. あてはまるところに○印をつけて下さい。

結婚されていますか？ 未婚 結婚 離婚 死別
 性交経験はありますか？ はい いいえ
 妊娠・分娩されたことはありますか？ はい いいえ
 「はい」の方は以下もご記入下さい。

妊娠____回
 分娩____回 正常分娩____回 帝王切開____回
 自然流産：有
 人工中絶：有
 子宮外妊娠：有

4. 大きな病気の有無：無 有
 病名：_____
 手術歴：_____
 その他：_____

5. 薬物アレルギー：無 有 (注射：)
 (薬剤：)

6. 現在内服中の薬剤： _____ (病院名 _____)
 _____ (病院名 _____)
 _____ (病院名 _____)

7. 宗教上の問題で輸血のできない方はチェックして下さい。 □

※ ご記入ありがとうございました。